第19号様式

|  |
| --- |
| 更生医療治療経過及び予定報告書　　　　月　　　　分　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　殿指定医療機関の名称　　　　　　　担当医氏名　　　　　　　　　　印更生医療の治療経過及び予定について、下記のとおり報告する。記 |
| 更生医療券番号 | 　 | 患者氏名 | 　 |
| 治療経過の概要(請求額も併せ記入すること。) | 　 |
| 今月の治療の予定概要 | 　 |
| 医療の具体的方針及び期間の延長を求める場合は、その旨を記入する。 | 　 |
| その他 | 　 |